

Bitte geben Sie einer der nachfolgenden Adressen an:

1. die gesetzliche Krankenkasse, bei der die entsandte Person / Reisender versichert ist. Dies gilt unabhängig davon, ob dort eine Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung oder Familienversicherung besteht.
2. sofern die entsandte Person / Reisender nicht gesetzlich krankenversichert ist, den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, DRV Knappschaft Bahn-See oder den zuständigen Regionalträger der DRV).
3. wenn die entsandte Person / Reisender nicht gesetzlich krankenversichert und aufgrund ihrer Mitgliedschaft bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit ist, die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV), Postfach 080254, 10002 Berlin.

---

---

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

## **Antrag für die Ausstellung einer „Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften“ – Vordruck A1 Bescheinigung.**

**Entsendung einer abhängig beschäftigten Person (Angestelltenverhältnis) in ein anderen Mitgliedstaat (d.h. EU-Staaten, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz) nach Artikel 12, Absatz 1 VO (EG) NR. 883/2004.**

### **1. Angaben zum Reisenden**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: weiblich männlich Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Deutsche Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

#### **Private Anschrift:**

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_

#### **Anschrift in der Destination (Beschäftigungsstaat):**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_

### **Sonstige Kontaktadresse der Person:**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_

### **Informationen für den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung / ABV:**

Name des Unternehmens der  
privaten Krankenversicherung (PKV): \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_

Bezeichnung der zuständigen Einzugsstelle  
gemäß § 28i SGB IV (Krankenkasse): \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### **Informationen an die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V (ABV):**

Bezeichnung des zuständigen Versorgungswerks: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

## **2. Angaben zur Entsendung**

Mitgliedstaat, in den die Entsendung erfolgt: \_\_\_\_\_

Die Entsendung / Aufenthalt ist vertraglich oder aufgrund  
der Eigenart der Beschäftigung im Voraus befristet: Ja Nein

Voraussichtliche Dauer der Entsendung/ Aufenthalts von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Der Reisende ist im Beschäftigungsstaat tätig als: \_\_\_\_\_

Keine feste Beschäftigungsstelle(n) während der Entsendung/Aufenthalt

Beschäftigungsstelle(n) während der Entsendung/Aufenthalt

1. Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_
2. Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Land: \_\_\_\_\_

Die entsandte Person / Reisender wird von dem Unternehmen,  
 zu dem sie entsandt wird / reist, einem anderen Unternehmen überlassen Ja  
Nein

Die entsandte Person / Reisender löst eine zuvor von dem in Deutschland  
 ansässigen Arbeitgeber oder einem anderen Arbeitgeber aus Deutschland Ja  
Nein  
 oder einem anderen Mitgliedsstaat entsandte Person ab:

Falls Ja: die entsandte Person / Reisender löst folgende von uns entsandte Person ab:  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ursprünglich geplanter Entsendezeitraum: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Tatsächlicher Entsendezeitraum: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund der Ablösung:

- Erkrankung der zuvor entsandten Person
- Kündigung der zuvor entsandten Person
- Betriebsbedingte Personalwechsel

Die entsandte Person / Reisender war bereits in den letzten zwei Monaten  
 vor dem aktuellen Entsendezeitraum im Beschäftigungsstaat eingesetzt: Ja  
Nein

Falls Ja: Die entsandte Person hat in den letzten zwei Jahren wie folgt im Beschäftigungsstaat  
 gearbeitet:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zur Beschäftigung in Deutschland

Die entsandte Person / Reisender ist in  
 Deutschland tätig als: \_\_\_\_\_

Für die entsandte Person / Reisenden galten unmittelbar vor Beginn  
 der Entsendung / Reise für mindestens einen Monat die deutschen Ja  
Nein  
 Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit:

Der arbeitsrechtliche Entgeltanspruch der entsandten Person  
 richtet sich auch während der Entsendung ausschließlich Ja  
Nein  
 gegen den in Deutschland ansässigen Arbeitgeber:

Ausschließlich der entsendende Arbeitgeber entscheidet über

die Anwerbung der entsandten Person / Reisenden	Ja	Nein
den Arbeitsvertrag mit der entsandten Person / Reisenden	Ja	Nein
die Entlassung der entsandten Person / Reisenden	Ja	Nein

die wesentlichen Aufgaben, die im Beschäftigungsstaat ausgeübt werden

Ja Nein

#### 4. Angaben zum Arbeitgeber in Deutschland

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Kontaktperson: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_ Telefon Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax Nr.: \_\_\_\_\_

Rechtsform des Unternehmens: Personen- oder Kapitalgesellschaft (z.B. OHG, KG, GmbH, AG)  
Öffentlicher Arbeitgeber (z.B.: Bund, Land, Gemeinde, Körperschaft Anstalt, Stiftung öff. Rechts)  
Sonstiges (z.B. eingetragener Verein)

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

Erwirtschaftet das Unternehmen mehr  
als 25% seines Umsatzes in Deutschland: Ja Nein  
Sind mehr als 25% der Arbeitnehmer in Deutschland tätig: Ja Nein

Der entsendende Arbeitgeber gehört folgendem Wirtschaftssektor an:

Land- und Forstwirtschaft, Fischerei  
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden  
Verarbeitendes Gewerbe  
Energieversorgung  
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Beseitigung von Umweltverschmutzungen  
Baugewerbe  
Groß- und Einzelhandel  
Verkehr (außer Güterbeförderung im Straßenverkehr)  
Gastgewerbe / Beherbergung und Gastronomie  
Information und Kommunikation  
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen  
Grundstücks- und Wohnungswesen  
Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen oder technischen Dienstleistungen  
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (außer Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften)  
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften  
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung  
Erziehung und Unterricht  
Gesundheits- und Sozialwesen  
Kunst, Unterhaltung und Erholung  
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen  
Private Haushalte

## 5. Erklärung des Arbeitgebers

Wir erklären als Arbeitgeber der entsandten Person / des Reisenden ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch im Beschäftigungsstaat von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und – auch irrtümlich – falsche Angaben in dem Fragebogen zum Widerruf der Bescheinigung A1 und damit zu Anwendung der Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates führen können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.

Wir verpflichten uns, die im Anschriftenfeld dieses Antrages genannte Stelle umgehend zu informieren, wenn

- die Entsendung nicht erfolgt,
- der Einsatz im Beschäftigungsstaat länger als zwei Monate unterbrochen wird bzw. vorzeitig endet,
- die entsandte Person / Reisender bei einem anderen Arbeitgeber im Beschäftigungsstaat eingesetzt bzw. dorthin versetzt wird,
- die entsandte Person / Reisender eine weitere Beschäftigung im Beschäftigungsstaat aufnimmt.

---

Ort	Datum	Unterschrift und Stempel
-----	-------	--------------------------

### Hinweis über den Datenschutz

Die Daten dieses Antrages sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenkasse, des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung beziehungsweise der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen erforderlich. Sie werden erfasst, elektronisch gespeichert und ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.